

Semaine à l'étranger

par le Dr Marjorie Dufaux, médecin généraliste, 5170 Lesve

Marbella, du 27 mars au 3 avril 2011

UROLOGIE

Leucocyturie aseptique

La leucocyturie aseptique correspond, par définition, à la présence de globules blancs dans des urines stériles par ailleurs (tigette et sédiment). On la rencontre dans diverses situations :

- tuberculose urinaire (chez les sujets méditerranéens avec altération de l'état général) ;
- lithiase urinaire ;
- corps étranger dans les voies urinaires (sonde JJ) ;
- néphrite interstitielle chronique (en cas d'abus d'antalgiques, avec cylindres leucocytaires) ;
- automédication dans les infections urinaires ;
- contamination par une solution stérilisante ;
- contamination par des leucorrhées (à noter qu'un moyen simple pour connaître l'origine de pertes dans le slip consiste à faire prendre de l'Uropyrine® à la patiente pendant trois jours. Si les taches deviennent orange, l'origine urinaire est confirmée).

D'après l'atelier du Dr Annabelle Stainier, urologue aux Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles.

Tuberculose urinaire

La tuberculose urinaire se manifeste par une leucocyturie aseptique. Le bacille de Koch (BK) peut être mis en évidence par PCR sur les urines ou par culture. Le prélèvement doit être fait sur les premières urines du jour durant trois jours de suite. La culture dure 6 semaines.

Le BK pénètre par voie respiratoire et s'installe ensuite au niveau urinaire. Il est responsable de calcifications de tout l'arbre urinaire depuis les cavités pyélocalicielles jusqu'à la vessie, visible à la radiographie standard de l'abdomen. Au niveau de l'épididyme, il induit une cal-

cification typique, en forme de casque avec une crête.

Le patient a généralement vécu dans un pays méditerranéen (Italie, etc.), il présente une altération de l'état général et des sudations nocturnes.

D'après l'atelier du Dr Stainier Annabelle, urologue aux Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles.

Kyste de l'épididyme

La présence d'un kyste de l'épididyme en soit n'est pas douloureuse. Le kyste devient douloureux après avoir été palpé (autopalpation, majorée par l'angoisse du patient), après la pratique du sport, après des rapports sexuels ou après de la marche. Un élément simple qui confirme le diagnostic est la majoration de la douleur dans les jours qui suivent l'examen clinique médical (qui s'avère moins précautionneux que l'autopalpation). Le kyste est rénitent à la palpation, à la différence d'un cancer (masse indurée) ou d'une calcification.

Le traitement est simple : ne plus y toucher ! La chirurgie est à déconseiller et à réserver aux kystes très volumineux. Les séquelles s'avèrent le plus souvent plus douloureuses que le kyste.

D'après l'atelier du Dr Stainier Annabelle, urologue aux Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles.

Sonde JJ

La sonde JJ est une sonde souple qui permet l'écoulement de l'urine depuis la cavité rénale jusque la vessie. Son indication principale est la présence de lithiases rénales avec obstacles à l'écoulement de l'urine.

Les hommes jeunes et de petites tailles peuvent mal supporter cette sonde, dont la taille est standard, et dont l'extrémité vésicale peut venir irriter la région vésicale proche de la prostate. Le patient décrit généralement une pollakiurie et des mictalgies.

Pour diminuer l'œdème de la muqueuse secondaire à la présence de la sonde JJ, un traitement par AINS peut être pres-

crit. On note une efficacité de la tamsulosine pour dilater la musculature vésicale et faciliter l'élimination de la lithiase urinaire.

Comme dans le cas d'une sonde à demeure ou d'un cystocath, la présence de ce corps étranger induit systématiquement la présence d'une leucocyturie et d'une hématurie microscopique qui ne nécessitent donc pas d'instauration d'antibiothérapie.

Toute infection éventuelle doit, par contre, être traitée. Celle-ci peut se manifester par :

- une modification des symptômes habituellement ressentis ;
- une douleur abdominale (une douleur peut également révéler la formation d'une nouvelle lithiase rénale qui s'enclave ; celle-ci est favorisée par la déshydratation des sujets jeunes et sportifs qui ne s'hydratent pas suffisamment) ;
- une fièvre avec altération de l'état général.

Il faut être prudent chez les **patients diabétiques** porteurs d'une sonde JJ ou d'un autre corps étranger (lithiase, sonde à demeure...). En effet, toute glucosurie favorise la survenue d'infection urinaire. Un signe précoce d'infection urinaire chez le diabétique est le déséquilibre glycémique (élévation de la glycémie) avec majoration ou apparition d'une glucosurie secondaire.

La durée de vie des sondes JJ était auparavant de 3 mois. De nouvelles sondes sont commercialisées avec une durée de vie de 1 an et demi.

D'après l'atelier du Dr Annabelle Stainier, urologue aux Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles.

Lithiase urinaire

La présence d'une lithiase urinaire dans le tractus urinaire induit une leucocyturie aseptique secondaire à la présence de cristaux d'oxalate de calcium et la colonisation éventuelle par du *Protéus Mirabilis*. Le **butylhyoscine** (Buscopan®) n'est pas utile pour éliminer les lithiases. Son utilisation est précieuse en cas de douleurs secondaires à l'hyperpéristaltisme des uretères, mais son effet ralentit la progres-

sion des lithiases. Son utilisation est donc limitée à la phase aigüe et devrait s'arrêter à la mise en place d'une sonde JJ.

D'après l'atelier du Dr Stainier Annabelle, urologue aux Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles.

Infections urinaires

Les **patients hospitalisés** à l'UCL présentent dans 23% des cas, une résistance aux quinolones. Un phénomène inquiétant, est la présence de germes résistants aux quinolones chez 24% des infirmières travaillant à l'UCL. Il est dès lors essentiel de réserver l'utilisation des quinolones aux situations compliquées pour éviter l'émergence de résistances. Tant en curatif qu'en préventif, il est conseillé d'utiliser la fosfomycine (Monuril®, 1 sachet 1 x/semaine) ainsi que la nitrofurantoïne (Furadantine®) pour lesquelles il n'y a que très peu de résistance.

La **phénazopyridine** (Uropyrine®) a un effet lithogène c'est-à-dire favorisant la formation de lithiases urinaires. Il faut donc être prudent dans son utilisation. Le second risque associé à la prise de ce médicament est la méthémoglobinémie. Pour rappel, il s'agit d'une capacité réduite du sang à transporter l'oxygène du fait de la diminution des niveaux d'hémoglobine normale. On accroît le risque de décès par méthémoglobinémie en associant l'utilisation d'uropyrine à la xylocaïne en gel ou à l'instillagel.

La phénazopyridine exerce néanmoins un effet placebo important auprès des patients, majoré du fait de la coloration orangée des urines.

La **canneberge**, ou cranberry, est aussi appelée grande airelle rouge. Elle diminue la fréquence d'infection urinaire à *Escherichia Coli* en lui faisant perdre ses pili (ou fimbriae) de surface, ce qui empêche son adhésion épithéliale. Les bactéries sont alors éliminées dans les urines.

On peut donc agir sur la prévention des infections urinaires en recommandant au patient de boire du jus de cranberries. La quantité nécessaire est cependant de 750 ml/jour, le goût est par ailleurs acidulé et amène certains patients à sucrer fortement leur boisson. Il induit des troubles digestifs secondaires. Pour la prévention chez des sujets à risque (grossesse, diabétique, présence de corps étrangers comme une sonde JJ...), il est donc préférable de conseiller la prise de 2 comprimés par jour de canneberge (dose standardisée).

D'après l'atelier « les tiges urinaires » du Dr Annabelle Stainier, urologue aux Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles.

Facteurs favorisant les infections urinaires

Différents éléments sont décrits comme majorant le risque d'infection urinaire :

- ne pas boire suffisamment;
- les rapports sexuels, ceux-ci majorant le nombre d'infections urinaires via plusieurs processus :
 - microtraumatismes de l'urètre;
 - stase urinaire (bien vider la vessie après chaque rapport sexuel);
 - modification de la flore vaginale;
 - utilisation de diaphragme, de spermicides ou de préservatifs recouverts de spermicides.
- les mauvaises habitudes mictionnelles, telles que :
 - attendre la dernière minute pour uriner (rétention longue);
 - uriner avec une presse abdominale majorée, c'est-à-dire : rapidement en forçant le jet; sans toucher la planche; avec les jambes jointes (chez les petites filles qui gardent le pantalon à hauteur des genoux).
- les bains chauds (avec utilisation de bain mousse);
- le port de vêtements trop moulants (on recommande le port de culotte ou string mais en coton);
- utilisation de savons qui modifient le pH ou de lingettes pour l'hygiène intime;
- port de protège slips (nombreuses particules volantes);
- la ménopause, par diminution des œstrogènes et majoration du pH vaginal, mais aussi du fait de l'existence éventuelle de :
 - cystocèle (par apparition d'un résidu post-mictionnel);
 - incontinence urinaire.

Toute anomalie du tractus urinaire peut engendrer des infections urinaires. Celles-ci peuvent siéger au niveau du rein (polykystose, lithiase), des uretères (syndrome de la jonction, sténose urétérale, lithiase, urétérocèle, méga-uretère, reflux vésico-urétéral) ou encore de la vessie. À ce dernier niveau, il peut s'agir d'un trouble anatomique (valve de l'urètre postérieur) ou neurologique (vessie neurologique) de la vidange vésicale.

D'après l'exposé du Dr Annabelle Stainier, urologue aux Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles.

Décalottage

Le décalottage devrait être progressif chez l'enfant. Un apprentissage en maternité serait nécessaire pour apprendre aux mamans à prendre le temps de laver convenablement le gland et à sécher le pénis de l'enfant. Un décalottage progressif dans le bain n'est pas douloureux. On peut objectiver l'efficacité de cette technique dans les pays nordiques (où le temps de congé de maternité est allongé). Si à 2 ans, l'enfant n'a jamais été décalotté, le médecin généraliste peut le faire après avoir laissé agir un anesthésiant local (EMLA) durant minimum 30 minutes. La procédure se fait sans gant pour mieux adhérer à la peau. Le prépuce est descendu doucement à deux mains. En cas d'adhérence, le décalottage peut être reporté après application répétée, 1 x/jour (après le bain) d'une crème cortisonée. N.D.L.R. : ce sujet est encore controversé, et il s'agit ici de l'avis de l'orateur sur la question.

D'après l'atelier du Dr Annabelle Stainier, urologue aux Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles.